

FICHE DE PARTICIPATION

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Je soussigné.....

Demeurant à.....

Autorise l'enfant :.....

NOM :.....PRENOM :.....

Né le.....

- A participer à l'échange scolaire à LOGROÑO qui aura lieu du 13 au 20 avril 2019

- A recevoir un(e) jeune Espagnol(e) à DAX du 20 au 27 avril 2019

Personne à prévenir en cas d'urgence (si différent)

NOM :.....

TELEPHONE :.....

RECOMMANDATIONS DU RESPONSABLE LEGAL

➤ J'attire l'attention des accompagnateurs de l'échange sur le fait que mon enfant :

- est sujet aux allergies suivantes :.....

- suit un traitement :.....

- est du groupe sanguin :.....

Si nécessaire, je souhaite qu'il soit soigné auprès de :
(préciser l'adresse et le téléphone pour Dax)

Hôpital

Clinique

Et autorise les médecins à faire pratiquer sur lui toutes interventions et soins d'urgence à Dax et Logroño

A Logroño, en cas d'urgence, votre enfant sera dirigé vers l'Hôpital et vous serez prévenus immédiatement.

Fait à

Le

Signature (précédé de la mention lu et approuvé)